FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N° 423

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DUBOURG François

né le 17 février 1926

à Paris XVe

Présentée et soutenue publiquement le 1955

CONTRIBUTION à l'ETUDE DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES EXTERNES. RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT PAR LA CORTISONE ET L'HYDROCORTISONE.

Président : M. Julien MARIE, Professeur

DACTYLOGRAPHIEE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

DUBOURG François

né le 17 février 1926

à Paris XVe

Présentée et soutenue publiquement le 1955

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES GANGLIONNAIRES EXTERNES. RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT PAR LA CORTISONE ET L'HYDROCORTISONE.

Président : M. Julien MARJE, Professeur

Dactylographiée

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153726_0052

DOYEN HONORAIRE :
M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN . . . . . Léon BINET
ASSESSEUR . . . Jean VERNE

1°) PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A)
Bactériologie		GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY-BERT
Biologie médicale		VERNE (J)
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN (R)
Carcinologie		OBERLING (C)
Chimie médicale		POLONOVSKI (M)
Cliniques Chirurgicales	Hôtel-Dieu	BROCQ (P)
	Broussais	DE-GAUDART-D'ALLAINES
	Salpêtrière	MONDOR (H.)
	Cochin	QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE-D'AUBIGNE
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD (R)
clinique de la tuberculose		BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants		DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BENARD (H)
	Bichat	LAROCHE (G)
	Cochin	MOREAU (R)
	Broussais	DE GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANÇON
Clinique gynécologique		FUTCH-BRENTANO
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R)
Cliniques obstétricales	Tarnier	LANTUEJOUL
	Baudelocque	LEVY-SOLAL
	Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaire (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique Stomatologique		DECHAUME (M)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Embryologie.	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la médecine et de la chirurgie . .	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et clinique de la première enfance .	CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale .	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J)
Pédiatrie Sociale	MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	BINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)

2°) PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.
Anatomie	(DEBEYRE (J) (DELMAS (A)
Anatomie pathologique.	(N... (Gauthier-VILLARS (MelleP. Pr.s.ch. (BUSSER (F) (GOUYGOU (C)
Bactériologie . .	(FASQUELLE (R) (NEVOT (A)
Biologie Médicale.	BOURLIERE (F)
Chimie médicale .	(ETTORI (J) Pr.s.ch (JAYLE (MF) Pr.s.ch (SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie . . .	DUPERRAT (F)
Histologie . . .	(BULLIARD (H) (COUJARD (R) (N...
Hydrologie . . .	DEBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (M)
Médecine légale du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENGUE (A)

	MM.
Pathologie Chirurgicale . . .	(HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (OLIVIER (Cl) (PADOVANI (P) (POILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (JC) (VERNE (JM)
Pathologie expé.	N...
Pathologie Médicale	(BERNARD (J) (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (Conte (M) (DECOURT (J) (DOMART (A) (DREYFUS (G) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LAMOTTE (M) (LAROCHE (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (FERRAULT (M) (FAIDHERBE (J) ([illegible] ([illegible]

	MM.		MM.
Neurochirurgie . .	DAVID (M)	Pédiatrie	(JOSEPH (G)
Neurologie	SEZE (S. de)		(LAMLANE (R)
	(GRASSET (J)		(N...
	(LEPAGE (F)		
	(MAYER (M)	Pharmacologie . .	(LEVY (Mel
Obstétrique . . .	(MERGER (R)		(CHEYMOL (J
	(MORIN (P)	Physiologie . . .	(BARGETON (Y
	(RAVINA (J)		(PARROT (J)
	(VARANGOT (J)	Physique médicale	(DJOURNO (A)
Ophtalmologie . .	(OFFRET (G)		(GOUGEROT (H
	(DESVIGNES (P)	Pneumo-Phtisiologie	KREIS (D)
Orthopédie	JUDET (R)	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
	(HALPHEN (E)		
Oto-rhino-laryngo-	(AUBRY (M)	Stomatologie . . .	(CERNEA (P)
logie	(MADURO (R)		(CHAPUT (Mme
	(BRUMPT (L)	Thérapeutique . .	PERRAULT
Parasitologie . . .	(CHABAUD (A)	Urologie	KUSS (R)
	(ABOULKER (P)		
Pathologie Chirur-	(BAUMANN (J)		
gicale. . . .	(GOSSET (J)		

3°) PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale), LE LORIER (V), (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétriq

4°) PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique	(AMELINE (A)	Clinique médicale	(HAGUENAU (M)
Chirurgicale . . .	(PATEL (J)		(MARCHAL (G)
	(SICARD (A)		(SOULIE (E)
Clinique médicale.	(BROUET (G)	Clinique obsté-	ECALLE (G)
	(CACHERA (R)	tricale	
		Clinique Ophtalmo-	
		logique	RENARD (G)
		Clinique urologique	COUVELAIRE

Secrétaire général de la Faculté MOREL (J)
Secrétaire . . . . . Melle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction Docteur HAHN (A)
Conservateur . . . . . Melle GOICHON
Bibliothécaires . . . . . (Melles DUMAITRE (P), LE NOIR (G
(METIN (F), QUIEVREUX (E)

à Monsieur le Professeur Julien MARIE

Professeur de la chaire de Pédiatrie Sociale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu me confier ce travail, Qu'
trouve ici l'expression de ma respectueuse reconnai

A mes maîtres des Hôpitaux

A mes maîtres d'internat de l'Hôpital [illegible]

Les Docteurs BRILLARD et ROISIN

Les Docteurs LEGRAND et GIRAULD

qu'ils trouvent ici l'expression de ma profo[illegible] gratitude pour l'enseignement qu'ils m'ont prodigué et la bienveillante sympathie qu'ils m'ont témoignée.

A mes Parents

avec ma profonde affection et ma reconnaissance

A ma Femme

Témoignage de mon amour et de ma gratitude pour l'aide qu'elle m'a apportée dans ce travail.

A mes Beau-Parents

A toute ma famille

A mes amis.

INTRODUCTION

Connue dès l'Antiquité, la tuberculose ganglionnaire externe a une histoire thérapeutique des plus colorées. Les porteurs d'"écrouelles", reliquat inesthétique de l'évolution spontanée de cette affection, n'eurent pour tout espoir pendant plus de six siècles, que celui d'obtenir auprès du souverain régnant qui comptait au nombre de ses privilèges celui de pouvoir guérir ces écrouelles par imposition des mains. Cette thérapeutique semble avoir connu une faveur indiscutable, certains monarques ayant pu affirmer, sur dires des chroniqueurs, plus de dix mille malades par an.

Ce n'est qu'au milieu du siècle dernier que médecins et chirurgiens commencèrent à en préciser le diagnostic et le traitement, et, bien que rencontrée aujourd'hui avec moins de fréquence, la tuberculose ganglionnaire externe reste du domaine de la pratique médicale courante et soulève encore de nombreuses difficultés.

Nous n'envisagerons ici que les problèmes thérapeutiques en rappelant en premier lieu les différentes méthodes de traitement utilisées avant l'ère des antibiotiques spécifiques, et nous analyserons en second lieu les résultats obtenus par ceux-ci. Dans une troisième partie nous indiquerons l'apport thérapeutique nouveau que constitue

L'étude de la pathogénie de l'hydrocéphalie en exposant et discutant les observations de quinze cas traités depuis 10 ans [illegible] établie dans le service du Professeur [illegible] Jean [illegible].

2 - LES TRAITEMENTS CLINIQUES

Le traitement médical comporte de nombreux éléments qui restent valables encore aujourd'hui et il est bon, en particulier, de préconiser certaines règles d'hygiène, telles la mise au repos du sujet atteint, repos tant physique et intellectuel et psychique. L'alimentation devra être substantielle comportant un apport calorique et vitaminique équilibré, et nous rappellerons à ce sujet le rôle certain que jouent les carences alimentaires dans la genèse des maladies tuberculeuses. Une récrudescence, très nette a été observée en effet au cours des années de restrictions qui ont accompagné la seconde guerre mondiale. (Grassi)

La climatothérapie a connu, et connaît encore, de nombreuses péripéties qui ont entravé l'établissement de centres de traitement. Ceux-ci ont d'abord été installés, au sud du climat, dans des stations thermales, les formes toxiques et ulcéreuses bénéficiant des eaux sulfureuses, les formes hypertrophiques étant justiciables des eaux arsenicales, tandis que les cures hydrothérapiques ont trouvé place aux centres hélio-marins établis le long du littoral de la Méditerranée, de l'Atlantique ou de la Manche.

On s'efforcera dans le cadre de ces divers établissements la cure semble tenir davantage aux conditions de la cure

marins qu'à l'héliothérapie,des guérisons plus rapides et plus nombreuses étant notées,à Dorck en particulier au cours de l'hiver,où les malades sont exposés aux vents violents et aux embruns.

Avant la découverte et l'application des antibiotiques, de nombreux traitements médicamenteux ont été préconisés et parmi eux-ci nous ne ferons que rappeler les préparations iodées,les préparations arsenicales telles la liqueur de Fowler,l'arrhénal,les préparations à base de sels d'or,l'huile de foie de morue,puis les produits à base de cholestérol irradié ont servi d'adjuvant aux cures climatiques ou physiothérapiques.

Certaines méthodes vaccinothérapiques connurent également une certaine faveur,tel l'emploi de l'antigène méthylique le vaccin de Vaudremer,l'allergine de Jousset,la tuberculinothérapie difficilement maniable.

En dehors de ces méthodes aujourd'hui abandonnées,il faut rappeler l'emploi plus récent de deux produits dont l'activité mérite une étude plus approfondie.

L'huile de Chaulmoogra,employée depuis longtemps dans le traitement de la lèpre,a été appliquée à celui de la tuberculose ganglionnaire externe en raison de la similitude entre le bacille de Hansen et le bacille de Koch et par son action "in vitro" confirmée dès 1940 par les travaux de Walker et Sweeny.Son utilisation en clinique

humaine,après de nombreuses expériences chimiques visant à rendre l'huile naturelle résorbable et sécrétée, semble avoir retrouvé au moins depuis l'apparition de la streptomycine,celle-ci en effet s'oppose à la dissémination du bacille de Koch dont la sensibilité vis à vis de la streptomycine se trouve considérablement augmentée par l'action lytique de l'huile de Chaulmoogra sur la capsule protectrice du bacille.Par ailleurs ,la streptomycino-résistance semble très diminuée par l'association des deux produits.Facilement applicable,en injections intra-musculaires,bien tolérée dans la plupart des cas,cette thérapeutique semble avoir donné de bons résultats dans de nombreux cas observés en Tunisie par J. Sallard dans sa thèse de 1952.

L'emploi de l'ypérite à l'azote,ou moutarde à l'azote,a fait l'objet également de nombreux travaux réalisés,en France en particulier,par le Professeur Chevallier. Dérivé chloré de la triethanolamine,la moutarde à l'azote possède une action cytotoxique marquée sur les tissus en prolifération,se rapprochant de l'action caryolitique des rayons ". Son application en clinique humaine pose quelques difficultés,car ce produit,très actif et irritant pour les tissus,ne peut être administré que par voie strictement endo-veineuse,par l'intermédiaire d'une perfusion de sérum,posée au préalable.De plus,son

activité cytolytique est à l'origine d'accidents sanguins qui peuvent être graves en dehors d'une surveillance médicale stricte.On observe en effet des altérations constantes de la formule sanguine au cours du traitement et,en particulier,une baisse notable de la leucocytose portant surtout sur les lymphocytes.La possibilité d'accidents sanguins tardifs justifie une surveillance prolongée de la formule sanguine.

Cette méthode de traitement semble avoir donné de bons résultats dans les formes graves,polyfistuleuses,rebelles aux traitements usuels,et dans les formes accompagnées d'une importante réaction péri-ganglionnaire,l'action anti-inflammatoire et stimulatrice du système réticulo-endothélial de la moutarde à l'azote semblant trouver ici son meilleur champ d'action.

A côté du traitement médical que nous venons de rappeler dans ses grandes lignes,il nous faut étudier maintenant les méthodes physiothérapiques qui ont donné lieu à de nombreux travaux et à de nombreux succès thérapeutiques. Nous citerons essentiellement la Roentgenthérapie et l'utilisation des rayons ultra-violets en insistant tout d'abord sur le fait que ces méthodes ne sont pas à opposer,le traitement par ultra-violets complétant le plus souvent le traitement radiothérapique.

En effet,les modes d'action de ces deux méthodes sont

très différents : les rayons [illegible] ne possèdent [illegible] propre sur le bacille de [illegible] par modification du milieu où vivent les bacilles [illegible] fications des caractères bio-chimiques des tissus [illegible] ençant la vie propre des bacilles, augmentation [illegible] phagocytose favorisant leur élimination, action [illegible] intense détruisant le tissu lymphoïde et faisant [illegible] l'apparition de larges travées [illegible] ganglion dans son ensemble.

Les rayons Ultra-violets, au contraire [illegible] une action bactéricide sur le bacille de Koch et [illegible] tent, de façon plus générale, le métabolisme cellulaire. Mais en clinique humaine, l'emploi des radiations ultra-violettes se limite aux radiations dites moyennes, dont les longueurs d'ondes sont comprises entre 0,315 et 0,28 μ, correspondantes aux rayons actifs de la lumière solaire. Or, à ces longueurs d'ondes, les rayons ultra-violets ont une pénétration très restreinte dans l'organisme, celle-ci s'arrêtant classiquement à la surface cutanée, et l'action obtenue n'est que très générale se traduisant dans les cas favorables par une amélioration sensible de l'état général des malades [illegible] tuberculeuses.

De nombreuses critiques ont jeté le discrédit sur le traitement de celles-ci par les rayons γ en particulier

.../...

devant les dangers auxquels se trouverait exposé le patient. Il semble, d'après les travaux de F. Leymarie en particulier, que l'observation de certaines règles évite de façon quasi absolue ces accidents. Utilisation de rayonnement voyenuement pénétrant, à des doses de 200 à 250r par séance, filtrées par 2 à 10 millimètres d'aluminium selon les sujets. Les séances seront espacées de 2 à 10 jours, le nombre total de séances étant de 6 à 12. Un repos de 4 à 6 semaines séparera deux séries de traitement. Les accidents seront évités par une surveillance locale attentive, toute modification des téguments devant faire diminuer ou espacer les doses.

Les mêmes précautions seront prises dans l'application des ultra-violets qui sera contre-indiquée chez les sujets porteurs de lésions tuberculeuses pulmonaires de lésions rénales aiguës, ou de cardiopathies décompensées. L'irradiation sera pratiquée sur l'ensemble du corps du sujet, de façon progressive dans la durée des séances qui seront répétées en moyenne trois fois par semaine, par séries de 10 à 15 séances. Seront justiciables de ce traitement par les ultra-violets les micropolyadénopathies et les adénopathies fibreuses, et, de façon plus large, les formes s'accompagnant d'une altération notable de l'état général qui bénéficient le plus souvent de ce traitement adjuvant. La radiothérapie trouve son indication de choix dans les adénites de constitution récente, à évolution clinique sorpide. Le cas de ramollissement ou

de fistulisation il est indispensable de pratiquer au préalable l'évacuation du ganglion.

Appliqué dans ces conditions,le traitement radiothérapique compte de nombreux succès.Sur 65 cas Bras et Roijean notent 28 guérisons totales et 21 améliorations indiscutables.Umbach cite 70% de guérisons sur 140 cas traités Lange et Ohest ont 84% de guérisons sur 37 cas. Il est à noter enfin que l'efficacité du traitement radiothérapique peut être appréciée après quelques années,les formes se réagissant pas d'emblée étant peu susceptibles de s'améliorer par la suite.

Le traitement chirurgical qui semble devoir réaliser par l'extirpe du ganglion ou du groupe ganglionnaire atteint la méthode la plus rapide et la plus efficace,a connu des alternances de faveur et de défaveur plus ou moins justifiées.Il y a quelques années,en particulier , on reprochait à la chirurgie de la tuberculose ganglionnaire externe la constitution de cicatrices souvent étendues et prenant facilement un aspect chéloïdien,la relative fréquence de lésions nerveuses portant en particulier sur la branche sous-maxillaire du nef facial,l'observation fréquente de récidives ganglionnaires,et surtout le risque permanent d'une dissémination tuberculeuse

partir du foyer d'infection.

Ces dernières années qui ne se comptent depuis la thérapeutique chirurgicale qui reste la méthode de choix pour les auteurs anglo-saxons qui ont préféré réserver encore,les conditions de l'ablation - d'abord ainsi que H.Fuller,Swanson et Small,à Dans l'ablation l'extirpation d'un ganglion isolé ou d'un groupe de ganglions bien isolés,après une incision oblique courte et transversale,ou,dans certains cas,une extirpation plus large et élective de tous les ganglions palpables et visibles sans réaliser l'évidement complet des chaînes ganglionnaires cervicales.Cette ablation doit être pratiquée sous une anesthésie générale d'excellente qualité pour éviter une turgescence dangereuse des veines du cou,et le drainage post-opératoire sera prudent,car c'était là un des éléments responsables des fistules secondaires. Le choix du moment de l'intervention varie selon les auteurs dont la plupart préfèrent cependant pratiquer l'ablation du ganglion au stade de cruorisé,ou, tout au moins,après refroidissement d'une adénite aiguë. Swanson et Small pratiquent l'ablation des ganglions fistulisés par une incision elliptique englobant la fistule et les tissus qui l'entourent,et semblent avoir obtenu là assez d'excellents résultats. Tous les auteurs

..../....

[illegible]

Dans ces conditions,les critiques rappelées plus haut semblent perdre de leur acuité,mais il reste cep[illegible] la possibilité de constitution de cicatrices inestéti[illegible]

la suprématie absolue de ce traitement.

[illegible] générale chez les auteurs anglo-saxons,à considérer [illegible] gestes essentiels à pratiquer avant le traitement [illegible] gical .Ceci semble résulter du fait que ces auteurs considèrent que,dans les localisations cervicales, [illegible] porte d'entrée principale est réalisée par une léso[illegible] (28 %) ou dentaire (12 %) .Certains praticiens [illegible] et allemands ont même préconisé l'amygdalectomie com[illegible] seul traitement des adénites cervicales tuberculeu[illegible] c'est ainsi que Von Hasler et Weder rapportent [illegible] statistique portant sur 188 malades traités entre 1946 et 1950,et,en particulier,24 cas traités par cette méthode ont vu quelques guérisons complètes et quelques améliorations très sensibles.

Sans entrer dans des discussions pathogéniques qui [illegible] trancher du reste pas le problème,il semble [illegible]

Faillie par recommander de façon systématique l'ablation des ganglions et des adénoïdes,celle-ci s'étend à pratiquer que lorsque une infection indéniable de ces organes semble devoir être au fondement de surinfections de l'adénite,ou le "point d'appel"d'une réaction ganglionnaire.

En dehors de l'avérée,on peut rattacher au traitement chirurgical certaines pratiques telle le pétion qui réalise un curetage filiforme d'un ganglion ramolli ou fistulisé et qui a l'avantage de ne pas laisser de cicatrice.

Morell par exemple de la pratique médicamenteuse réalisée classiquement en un point non douloureux et non gêné et qui peut être suivie de l'injection intra-ganglionnaire d'une solution modificatrice.Cette méthode ,déjà préconisée par Lukas en 1879 a vu employer tout à tour du nombreux produits : liqueur de Fowler (Ecolasiopapelin Donowski),naphtol camphré (Calot),éther iodoformé(Dreyer et Vernwali),tous abandonnés aujourd'hui.

Le curettage après incision de l'adénite,enfin,reste à condamner,non seulement devant l'inefficacité de l'extirpation de la substance ganglionnaire cassifiée ,mais surtout devant le danger de blessure d'éléments vasculaires,telle la veine jugulaire,et le risque de dissémination à partir du ganglion ainsi traité.

Pour notre part,nous préférons l'évacuation du ganglion ramolli par expression de celui-ci après incision franche au vaccinostylé.

[illegible] TEMENT PAR LES ANTIBIOTIQUES SPECIFI[illegible]

L'apparition successive, au cours de ces dernières a[illegible] de nombreux antibiotiques à activité spécifiquement [illegible] tuberculeuse et leur succès dans les diverses [illegible] tions de la maladie tuberculeuse, ont fait espérer [illegible] [illegible] rapide et efficace de la tuberculose ganglionnaire externe. Il semble, après qu'il[illegible] [illegible] de vaut et de [illegible] l'utilisation de ces antibiotiques, que le succès, ou le moins atteint la majorité de ce traitement qui [illegible] appliqués jusqu'alors.

La streptomycine en premier lieu, employée par voie générale, a donné lieu à de nombreuses controverses. Des observations d'étiens Bernard, Fouquet, A. Dessy, Grassi, rapportèrent en effet une évolution mortelle d'adénopathies froides apparues chez des malades porteurs de [illegible] pulmonaire traitée par la streptomycine, soit sous la fistulisation soit vers l'ulcération ganglionnaire, [illegible] tissant gravement sur l'état général. En dehors de l'intensité de l'infection locale, ces auteurs [illegible] une streptomycino-résistance relative des bacilles [illegible] retrouvés dans les ganglions. L'insuffisance de streptomycine dans ces formes bacillifères et rapide[illegible]

caséifiante qui sont à rapprocher des adénopathies satellites des chancres d'inoculation,tiendrait pour J. Bernard à la pauvreté de la vascularisation ganglionnaire et à l'imperméabilité du caséum à l'antibiotique. S'opposent à ces formes,les adénites isolées de l'enfant d'évolution plus lente,pauvres en germes,et surtout la lymphadénie tuberculeuse,semblent réagir de façon plus favorable à la streptomycine (Lemierre,Pollaret,Perchet.) La relative inefficacité,voire les dangers auxquels expose l'emploi de la streptomycine par voie générale,a fait préférer en général l'administration par voie locale surtout dans les formes suppurantes ou même fistulisées. Le succès local de la streptomycine apparait lié pour G.Paini,à la neutralisation ou à l'atténuation préalable du pus tuberculeux et dans ce but,l'auteur recommande un lavage de la cavité ganglionnaire par une solution stérile de citrate de soude à 3,8 %. Les autres auteurs pratiquent directement l'injection intra-ganglionnaire d'une solution de streptomycine,après évacuation du ganglion ramolli par ponction ou séton et observent dans de nombreux cas une diminution nette du volume du ganglion et l'absence de cicatrices inesthétiques ou de fistules (Bance et Vanni,Cocozza,Chibnell.)

Quoiqu'il en soit,les résultats de cette thérapeutique

..../....

[illegible] l'acide [illegible] salicylique, puis de l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique a provoqué de nombreux essais thérapeutiques de ces produits employés seuls ou associés entre eux.

L'acide para-amino-salicylique employé seul, par voie buccale, semble inactif sur l'évolution des ostéopathies tuberculeuses et certaines autres (Pottenger et Jonser Erwin) précédemment non atteintes par voie locale. Un traitement consiste en l'injection locale renouvelée, après évacuation du ganglion, d'une solution à paraminase sodique, et l'application sur les fistules ou ulcérations d'une crème à 20 % de même produit. Sous l'effet de ce traitement, ils disent avoir observé dans 50 % des cas, une diminution ou une disparition de la lésion initiale, et une guérison totale au temps de cicatrisation, l'efficacité du traitement semblant dépendre de la concentration locale en acide para-amino-salicylique obtenue "in situ".

Quant à l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique, son emploi par voie générale, isolé, aurait quelque efficacité (25 % de guérisons ou d'améliorations dans une statistique lyonnaise récente) et pour A. Ganpourey, serait un traitement pré-opératoire intéressant, facilitant l'ablation du lymphome tuberculeux. Son application locale aurait donné au même auteur des résultats intéressants dans la

..../....

[illegible] d'adénopathies au stade pré-suppuratif,non [illegible]
comme on peut le voir,aucune de ces méthodes ne paraît
absolue et c'est ce que constate une publication récente
de G.Bernardin Imbert et G.Chevallier,de Lyon, qui
[illegible] les possibilités et limites du traitement
[illegible]
[illegible]
[illegible] de plus,[illegible]
[illegible] spontanément,il [illegible] un [illegible]
présentant une évolution prolongée,d'allure rebelle
[illegible]
résistants,avec réactivation locale et souvent consti-
tution d'une [illegible] d'un
[illegible] infectieux [illegible] grave [illegible]
être le résultat de l'association streptomycine-rimifon,
[illegible] ces deux produits,[illegible] les plus actifs : 32 % de guérisons pour la streptomycine
23 % de guérisons pour le rimifon.

Quant au P.A.S buccal,son action devait [illegible]
[illegible] les auteurs concluent en préconisant les indications
de ces antibiotiques et conseillent de réserver leur
emploi aux formes malignes ou infectieuses de l'adénite
générale prise à l'extrême locale,aux formes prolongées
d'allure rebelle comportant des lésions locales [illegible]
aux formes polyganglionnaires ou subfébriles

différentes méthodes de traitement de la tuberculose ganglionnaire externe. Sur 62 malades, un groupe de [illegible] d'entre eux traité sans antibiotiques montre un coefficient d'efficacité de 96 % (IO guérisons soit 48 % et IO améliorations nettes soit 48 %). L'autre groupe composé de 4I malades traités par les antibiotiques montre un coefficient d'efficacité de 85,5 % (24 guérisons soit [illegible] II améliorations soit 27 %)

[illegible] p lupart des auteurs, en recommandant de ne pas emploi[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

.../...

III. LE TRAITEMENT PAR LA CORTISONE DE L'HYDROCORTISONE

(Recherches personnelles)

L'application thérapeutique des hormones de la surrénale du groupe des glyco-corticoïdes dans les diverses manifestations de la maladie tuberculeuse, a été guidée par quelques notions que nous rappellerons brièvement. La tuberculose-maladie n'est pas seulement une constatation du bacille de Koch, mais aussi la réaction de l'organisme vis à vis de celui-ci et on retrouve avec une quasi-constance, une série de lésions inflammatoires non spécifiques, généralement peu influencées par les antibiotiques bactéricides ou bactériostatiques. Par ailleurs, il faut noter un ensemble de manifestations allergiques diverses liées à l'allergène tuberculinique. Or, l'apparition des hormones du groupe glyco-corticoïdes comportant la cortisone et la 17.hydroxycorticostérone ou hydrocortisone, permettait d'ajouter au traitement par les antibiotiques spécifiques, un élément puissant de lutte contre ces deux facteurs.

Le rôle très étendu des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolution des lésions tuberculeuses a été précisé à nouveau, récemment, par P. Pentel et A. Rivian, qui, sur le plan pulmonaire, ont montré la disproportion fréquente de nature pathogénique à intriquer focale et péri-focale avec la lésion initiale et les rendent responsables de la plupart des manifestations

Dominance et des modalités de l'inhibition.

L'étude expérimentale de l'action anti-phlogistique des corticoïdes sur la dynamique des processus inflammatoires a été réalisée de façon complète par J.D.Rossani qui confirme les premières expérimentations pratiquées par Tannenbaum et Arronin par H Selye et par Spain, Wolbarst et Haber.

Des différents auteurs avaient montré l'action inhibitrice exercée des glyco-corticoïdes sur les phénomènes inflammatoires,s'opposant à l'action favorisante des hormones minéralo-corticoïdes et de la somato-trophine hypophysaire.

Cette action anti-inflammatoire,étudiée sur le granulome inflammatoire obtenu par abcès de fixation chez le rat serait lié pour J.Rossani à une réduction très nette de l'exsudat,traduite par une disparition rapide de l'oedème péri-focal,par une inhibition de la vascularisation du granulome particulièrement sous l'effet de l'hydrocortisone,par une inhibition de la formation des fibroblastes et des fibres collagènes.

L'application expérimentale de la cortisone et de l'hydrocortisone aux manifestations tuberculeuses,a suscité de nombreux travaux (Spain et Molomut,Lepalatin et Tompsett,Lurie,Vinner et Lyons,Sheldon et Curtiss, Coste,Bourgeois et V.Dupont,) dont les résultats très discordants posent de délicats problèmes pour leur

ensuite en clinique humaine.

La plupart de ces auteurs préconisent des doses thérapeutiques devant la constatation expérimentale d'aggravation et d'évolution des lésions tuberculeuses et l'activation des manifestations allergiques.

De ce fait, il semble que l'interprétation des résultats expérimentaux ait été changée par les conditions dans lesquelles se l'expérimentation. La tuberculisation des animaux soit en effet obtenue le plus souvent par inoculation massive, réalisant un processus infectieux dont l'évolution n'est pas comparable à celle de la tuberculose humaine, et, d'autre part, les doses de cortisone employées se révèlent être en moyenne dix fois supérieures à celles employées couramment chez l'homme.

D'autres expériences, effectuées en particulier par Baudet Arlet et Delande, à des doses équivalentes à celles employées en clinique humaine et administrées après inoculation de l'allergie, ont permis à ces auteurs de conclure à l'absence d'aggravation générale ou locale, mais ont fait remarquer que l'action de la streptomycine associée à la cortisone, se trouvait augmentée. Cette discordance expérimentale a été retrouvée sur le plan clinique de nombreuses publications rapportant des aggravations sensibles des lésions tuberculeuses chez des malades

traités par la cortisone pour une autre affection.
Par contre, il semble que les corticoïdes soient actuellement employés avec moins de scrupules en thérapeutique intercurrente et nous rappelons les observations de Tissot et Sors, et de P. Wagner, traitant avec succès certains cas de pleurésies exudatives aiguës et même chroniques, sans observer d'évolutions récidives. Plus récemment, S.P. Klotz et J. Oyez rapportant deux cas de tuberculose pulmonaire traitées par la cortisone et l'A.C.T.H., sans accidents évolutifs. Citons Fermet, et, plus récemment Fontan et Yarger ont traité et succès plusieurs cas d'érythème noueux en rapport avec une primo-infection, par la cortisone.
Quoiqu'il en soit, le traitement d'une manifestation tuberculeuse quelle qu'elle soit, par la cortisone ou ses dérivés, doit être effectué avec prudence, sous une surveillance attentive et doit être associé à une thérapeutique par les antibiotiques spécifiques.
D'autre part, les doses employées devront toujours être modérées et la durée d'administration devra être restreinte au minimum.
C'est dans ces conditions que nous allons exposer maintenant <u>les modalités d'application du traitement</u>, tel qu'il a été pratiqué chez les malades dont nous rapporterons plus loin les observations.

Nous exposerons maintenant les modalités d'application du traitement tel qu'il a été pratiqué chez [illegible] dont nous rapporterons plus loin les observations. Dans la majorité des cas (13 cas sur 15), le traitement par la cortisone ou l'hydrocortisone, n'a été institué [illegible] couvert des antibiotiques spécifiques, le plus souvent [illegible] et rimifon associés, par voie orale aux doses habituelles, soit rimifon seul. La suite du traitement diffère selon le stade auquel se présente l'adénopathie.

Au stade de gradite clinique, nous préférons l'emploi de la cortisone par voie générale, à des doses moyennes de 100 à 150 milligrammes par jour, pendant une durée variable selon l'évolution des lésions.

Au stade de ramollissement ou de cicatrisation, nous avons coutume de pratiquer l'évacuation préalable du contenu caséux dans le ganglion, par expression de celui-ci, après scarification extensive tranche à son niveau, à l'aide d'un vaccinostyle. Nous faisons suivre cette manoeuvre, pratiquée deux à trois fois par semaine, de l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone en solution, à la dose moyenne de 25 milligrammes par injection.

Au stade de fistulisation, l'application de poudre d'hydrocortisone, déjà préconisée en décembre 1952 par les auteurs lyonnais, a donné d'excellents résultats.

Dans quelques cas [4 cas sur 13] nous avons vu [illegible] associer des différentes méthodes, soit devant la présence de plusieurs ganglions à des stades différents, soit devant la non-régression des lésions sous l'effet d'une seule thérapeutique, soit enfin pour permettre la guérison.

Ceci étant défini, nous allons exposer les observations de quinze malades, présentant dans la grande majorité des adénopathies de siège cervical, à des degrés d'évolution divers, et nous discuterons ensuite les résultats obtenus avant d'en tirer la conclusion.

OBSERVATIONS

Observation n° I.

Ab... Yvette, -Elsa,- Consulte le 03 avril 1954 pour adénopathie cervicale gauche évoluant depuis deux mois sans signes d'accompagnement, et constituée d'un ganglion rétro-mandibulaire gros comme un oeuf de pigeon, et d'un ganglion sous-maxillaire gauche du volume d'un pois, ces deux étant au stade de crudité.
Cuti-réaction négative il y a un an, Pas de notion de contage, d'antécédents ou de porte d'entrée tuberculeuse.
Les examens para-cliniques montrent une cuti-réaction négative, mais une intra-dermo réaction positive à 20 unités, une radiographie pulmonaire normale.
La ponction ganglionnaire ramène un peu de pus où l'on retrouve des bacilles de Koch.
Le traitement comporte tout d'abord P.A.S et Rimifon par voie orale aux doses habituelles, qui, appliqués seuls pendant quarante jours, n'empêchent pas l'augmentation du volume des deux ganglions qui aboutissent au stade de fluctuation.
On pratique alors l'évacuation du caséum après scarification au vaccinostyle, suivie d'une injection intra ganglionnaire de 25 mg d'hydrocortisone, ceci 2 fois par semaine.
Dès la deuxième semaine, on note une diminution rapide du volume des ganglions et au bout de 6 injections, il ne persiste qu'un ganglion résiduel, dur, de la taille d'une noisette, dont les caractères restent inchangés 3 mois après.
La cicatrice de l'incision pratiquée au vaccinostyle est devenue punctiforme et souple.

..../....

Observation n° 8.

Mn....Jean,-47 ans.- Consulte le 6 Avril 1954 pour adénopathie cervicale gauche évoluant depuis deux mois accompagnée d'un certain degré d'asthénie et constituée d'un ganglion gros comme une amande,à la partie moyenne de la chaîne jugulaire.Ce ganglion est au stade de ramollissement et la malade signale l'existence d'une adénopathie comparable,au même endroit il y a 10 ans, traitée alors par les ultra-violets.
Les examens para-cliniques montrent une anti-réaction fortement positive,une image pulmonaire normale à la radiographie.La ponction ganglionnaire ramène un peu riche en polynucléaires plus ou moins altérés et ce ne retrouve pas de B.K à l'examen direct.La culture pratiquée sur milieu de Loewenstein est négative au bout d'un mois. La malade est traitée d'abord par le rimifon par voie orale pendant cinq mois,qui n'empêche pas une légère amélioration de volume du ganglion qui devient comme une noix.
On pratique alors des injections locales d'hydrocortisone à la dose moyenne de 25 mgpar injection,3 fois par semaine. Après 10 injections le ganglion est gros comme une amande,dur.
On envisage alors une exérèse chirurgicale.
La malade n'a pas été revue dans le service.

Observation n° 3.

De.. Reynalt.- 3 Ans.- Consulte le 24 Avril 1954 pour une adénopathie cervicale droite évoluant depuis un an environ, sans signes d'accompagnement et constituée d'un ganglion sous-maxillaire gros comme un oeuf de pigeon et de plusieurs petits ganglions à la périphérie de celui-ci. On ne retrouve aucun contage familial, et, aux dires de la mère, l'adénopathie serait apparue à la suite d'une rhino-pharyngite.
Les examens para-cliniques montrent une anti-réaction Kottmann positive, une radiographie pulmonaire normale. La ponction ganglionnaire ramène un liquide purifome contenant des polynucléaires très lysés. De nombreux B.A sont retrouvés à l'examen direct.
On traite alors ce jeune malade au P.A.S, à la dose de 3gr par jour, et au rimifon à la dose de 100mg par jour, pendant deux mois. Ce traitement ne modifie ni le volume, ni la consistance du ganglion.
On associe alors au traitement précédent, la cortisone par voie générale à la dose de 100 mgr. par jour pendant 15 jours.
Après 5 jours de traitement, le ganglion principal a diminué de moitié et atteint le volume d'une amande. Après 10 jours de traitement le ganglion est dur et présente le volume d'une noisette.
Revu deux mois après, le volume est inchangé et le ganglion résiduel reste isolé. On poursuit le traitement général par le P.A.S et le rimifon.
Revu 6 mois après, le ganglion précédent reste inchangé. On note la présence d'un chapelet bilatéral de petits ganglions cervicaux durs. Récidive ?.
On reprend le traitement par la cortisone à la dose de 100 mgr. par jour pendant trois semaines. A la fin du traitement, les ganglions cervicaux ont à peu près tous disparu. Le ganglion initial, sous-maxillaire est du volume d'une petite noisette.

Observation n° 4.

Ca....Raymond.-32 ans.-Consulte le 8 Juillet 1951 pour une polymacroadénopathie évoluant depuis un an environ, sans autres signes d'accompagnement que des sueurs nocturnes depuis quelques temps et une légère asthénie. Cette adénopathie touche en particulier les chaînes cervicales droites et gauche, la taille moyenne étant celle d'une noisette.- Les chaînes spinales et trapézienne,- les groupes axillaires (Un ganglion gros comme une noix à gauche; polymicroadénopathie à droite.).- un ganglion épitrochléen gauche.- Quelques petits ganglions inguinaux. Tous ces ganglions se présentent au stade de crudité. Les antécédents sont difficilement précisés et le malade signale l'existence d'une "tache au poumon" en 1943. Les examens para-cliniques mettent en évidence : une cuti-réaction positive; une vitesse de sédimentation accélérée à 30-60, une adénopathie médiostinale sur la radiographie thoracique.
La ponction ganglionnaire ramène un pus contenant des cellules lymphoïdes adultes en voie de lyse, des polynucléaires altérés, quelques cellules réticulaires. La recherche de B.K par la méthode de Ziehl est positive. Le traitement entrepris comporte la prise de rimifon à la dose hacituelle et la cortisone par voie générale à la dose de 200 mgr. par jour pendant 17 jours, puis 100mgr pendant 10 jours.
Dès le sixième jour du traitement, on assiste à une fonte rapide des différents groupes ganglionnaires et en particulier au niveau des chaînes cervicales (la mensuration du tour de cou montre une diminution de 44 cm. à 41 cm.)
20 jours après, le tour de cou mesure 40 cm., le gros ganglion axillaire gauche est passé du volume d'une noix à celui d'une petite noisette, et les autres ganglions ont pratiquement disparu.
Un mois après, les résultats sont inchangés, l'état général est excellent.

Observation n° 5.

Co....Jean-Marie.-Hans.-Consulte le 2 Aout 1954 pour une adénopathie cervicale gauche isolée depuis 4 à 5 mois, sans signes d'accompagnement; cette adénopathie est constituée d'un ganglion à la partie moyenne de la chaîne jugulaire, de volume d'un oeuf de pigeon, en stade de ramollissement, et l'examen retrouve une oligo-polyadénopathie axillaire et inguinale.
La Sédi-réaction est positive depuis 18 mois et on note l'absence de contage ou de porte d'entrée tuberculeuse.
Les examens para-cliniques mettent en évidence une sédi-réaction fortement positive, une image thoracique normale à la radioscopie. La ponction ganglionnaire revèle un pus crémeux où l'examen retrouve du caséeux de rares poly-nucléaires peu altérés, et de nombreux B.K.
Le traitement institué en Avril 1954 comportait la prise de 3 comprimés de rimifon chaque jour.
En Août est commencé le traitement par la cortisone par voie générale à la dose de 100 mgr. par jour -et, l'hydro-cortisone en injection intra-ganglionnaire de 25 mgr. trois fois par semaine.
Après 15 jours de ce traitement, le ganglion jugulaire diminue de moitié.
Le traitement est poursuivi pendant 15 jours au début de mois de Septembre ; on observe un ramollissement du ganglion et constitution d'une phlyctène qui oblige à pratiquer une incision au vaccinostyle et le drainage du ganglion.
Cicatrisation rapide, sans séquelle cutanée notable sous l'effet de la pommade à l'hydrocortisone.
En Octobre, le ganglion précédent est ferme, de la grosseur d'un petit haricot mais on note au dessus de lui l'apparition d'un gros ganglion de la taille d'une noix.
On donne alors 200 mgr. par jour de cortisone pendant 8 jours, qui ne modifie pas le volume du ganglion. On arrête le traitement par la cortisone et on donne du P.A.S et rimifon par voie buccale pendant trois mois.
Le malade revu le 25 Janvier présente une poussée ganglionnaire avec péri-adénite importante comblant la région sous-angulo-mavillaire et sous-sterno-mastoïdienne gauche.
On traite alors le malade par la cortisone par voie générale à la dose de 150 mgr. par jour pendant un mois.
Après le traitement le volume de la masse ganglionnaire a nettement regressé. Il persiste 2 à 3 ganglions de la taille d'une amande environ.

Observation n° 6

Fo. ... Gisèle - 32 ans - Consulte le 17 juillet 19[illegible] pour une adénopathie sous-angulo-mavillaire droite évol[illegible] depuis 3 mois sans signes d'accompagnement. Cette adénopathie est constituée d'un ganglion du volume d'une grosse noix, adhérant légèrement aux plans profonds.
On note dans les antécédents une adénite au cou [illegible] à l'âge de 15 ans et traitée par la radiothérapie [illegible] période de suppuration ayant duré près d'un an.
Les examens complémentaires montrent une cuti-réaction phlyctenulaire, une radiographie pulmonaire normale, une formule sanguine normale. La ponction ganglionnaire ramène un pus où l'on note la présence de polynucléaires non altérés, de rares lymphocytes et 2 Amoebae du P.L.
On traite alors cette malade par le P.A.S. et la streptomycine par voie buccale aux doses habituelles et par la streptomycine par voie générale. A la dose de 300 mgr. pendant 15 jours.
Dès le huitième jour du traitement, on note une diminution rapide du volume du ganglion qui devient grosse comme une petite noisette, de consistance très dure.
Après quinze jours de traitement le volume et la consistance restant inchangés et en pratique pour consolider le traitement une série de 5 injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone. On observe une légère diminution de volume du ganglion qui devient de la taille d'un haricot, dur et fibreux, que l'on peut considérer comme résiduel et non évolutif.

Observation n° 7

Go.... Danielle - 10 ans - est vue à la consultation le 12 janvier 1954, pour une adénopathie cervicale droite évoluant depuis deux mois, accompagnée d'un état subfébrile persistant. Cette adénopathie est constituée : d'un ganglion rétro-angulo-mavillaire droit, du volume d'une grosse noix, au niveau duquel les téguments présentent un aspect inflammatoire ; d'un ganglion sous-mavillaire droit de la taille d'une petite noix.
On note dans les antécédents une cuti-réaction négative en février 1953. L'existence d'un état dentaire très défectueux. Les examens complémentaires mettent en évidence une cuti-réaction positive, une accélération de la vitesse de sédimentation à 15-40, une radiographie pulmonaire normale, la ponction ganglionnaire ramène un pus.

contenant de nombreux B.K.
La malade est d'abord traitée par le P.A.S et le rimifon par voie générale et l'évacuation du ganglion est provoquée après incision au vaccinostyle. L'enfant, revue trois mois après présente une grosse cicatrice hypertrophique ne suintant pas. L'apparition d'un ganglion cervical postérieur gros comme une amande et ramolli fait pratiquer une série d'injections d'hydrocortisone locale. Après 12 injections, ce ganglion est nettement diminué de volume (noisette)et dur. Un autre petit ganglion sous la cicatrice et dans la région sous-mentale, fait reprendre en Février le traitement par l'hydrocortisone locale et la cortisone par voie générale, à la dose de 100mgr, par jour pendant 20 jours. Revue après ce traitement on note une légère amélioration locale, les ganglions ayant diminué de volume et semblant en voie de régression.

Observation n° 8.

Mi... Annick, - 7 ans, - est vue à la consultation le 27 Avril 1954 pour adénopathie cervicale droite, évoluant depuis un mois environ, sans signes d'accompagnement, et constituée d'un ganglion sous-maxillaire de la taille d'une olive, et d'un ganglion rétro-angulo-maxillaire de du volume d'une noix, au stade de crudité. Cette adénopathie serait apparue à la suite d'une extraction dentaire. La cuti-réaction est positive depuis le mois de Juin 1953. Les examens complémentaires confirment la positivité de la cuti-réaction, et la ponction ganglionnaire ramène un pus lysé où l'on ne retrouve pas de B.K à trois examens successifs, et la culture sur Loewenstein reste négative. Le traitement est d'abord appliqué au ganglion rétro-angulo-maxillaire par des injections locales de rimifon (5 injections)qui provoquent le ramollissement du ganglion et commandent son évacuation après incision au vaccinostyle. Le ganglion diminue considérablement de volume, mais on remarque 2 mois après le début du traitement un agrandissement important de l'orifice d'évacuation et un suintement permanent à ce niveau.
On traitera alors des applications de [illegible] à l'hydrocortisone et 15 jours après le fistule est [illegible] réduite à un orifice pensiforme.
Le ganglion sous-maxillaire est traité par des injections locales d'hydrocortisone et de rimifon et après plus [illegible] injections, le ganglion, primitivement gros comme une olive, a pratiquement disparu. La malade revue 4 mois après présente un petit orifice fistuleux rétro-auriculaire extrêmement exsudatif et le ganglion se présente sous la forme d'un reliquat fibreux ferme. Mais on note en [illegible] de celui-ci l'existence d'un petit [illegible]

Le ...Molyas.- 2 ans,- est vue à [illegible]
6 août 1954 pour une adénopathie [illegible]
volume d'un oeuf de poule au stade d[illegible]
Dans les antécédents, on note une vac[illegible]
par scarification au niveau du bras gauche, à l'[illegible]
15 jours. Les sérologies complémentaires [illegible]
réaction positive. La ponction ganglionnaire ra[illegible]
pas contenant des B.K. L'adénopathie, fluctuante [illegible]
évoquée au vaccinostyle et, un mois après, persis[illegible]
fistule étendue, suintante, que l'on traite par [illegible]
à l'hydrocortisone.
On note rapidement un assèchement de la fis[illegible]
diminution considérable de sa surface.

Mo...Martine.- 2 ans et demi.- est vue à la consul[illegible]
le 15 Octobre 1954, pour une adénopathie sous-angulo[illegible]
et constituée de deux ganglions dont l'un est fis[illegible]
[illegible] de volume [illegible]
[illegible] au début [illegible]
[illegible] par le rivanol, [illegible] par une série de 4 ponctions
ganglionnaires qui provoquent la fistulisation du gangli[illegible]
supérieur.
[illegible] le service la malade est traitée pour 3 mois par
la terramycine pendant quelques jours, puis l'hydrocor[illegible]
sone en injection intra-ganglionnaires, à raison de [illegible]
injections par semaine. On applique sur la fistule [illegible]
[illegible] à l'hydrocortisone. Après 7 injections [illegible]
cortisone, on assiste à un arrêt complet de la suppur[illegible]
et la fistule diminue notablement de surface. Après 7
nouvelles injections, le ganglion fistulisé est dur [illegible]
volume d'une petite noisette, la fistule ne présente
qu'un orifice punctiforme, asséché, et le ganglion se
jacent a diminué de moitié, atteignant le volume d'un
On arrête alors le traitement local et, 15 jours plus
tard, on note une fermeture complète de la fistule ; l[illegible]
ganglion reste inchangé. Un mois après, excellent résul[illegible]
local [illegible] simple, [illegible] ganglion [illegible]
[illegible]

Observation n° II.

Pr....Yvonne.-âgée de 53 ans.- Consulte le 10 Mars 1954 pour une adénopathie sous-angalo-maxillaire gauche, évoluant depuis deux mois, [illegible] le cas [illegible] le [illegible] secondaire à une amygdalite, la ponction ganglionnaire pratiquée lors de la première consultation montrait la présence de B.K dans le pus retiré. On conseille alors l'exérèse chirurgicale de ce ganglion isolée qui est pratiquée à la fin du mois de Mars ; suites très favorables jusqu'en Décembre 1954 où la malade revient consulter devant l'apparition de deux ganglions rétro-mandibulaires droit, du volume d'une noix. La ponction ganglionnaire met en évidence de très nombreux B.K.
On institue alors un traitement par la cortisone per voie [illegible] à la dose de 100 mgr par jour [illegible] une quinzaine de jours une diminution de moitié du volume des ganglions. On pratique alors une série de 12 injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone qui ne modifient pas le volume des masses ganglionnaires. La malade revient consulter un mois après la fin du traitement local et présente le 26 Février 1955 un orifice fistuleux siégeant au niveau d'un des ganglions rétro-maxillaires. Par ailleurs l'adénopathie n'a pas changé de volume. On reprend alors le traitement par l'hydrocortisone locale à raison de trois injections par semaine et le 5 Mars 1955 l'écoulement fistuleux est tarari et la masse ganglionnaire a subi une diminution de volume. Après un mois de traitement la malade est revue à la consultation et l'on note un assèchement complet de la fistule qui est presque cicatricielle et une diminution de moitié de la masse ganglionnaire.

Observation n° 12.

Pr....Annie.- âgée de 26 ans.- vient consulter le 27 Novembre 1954 pour une adénopathie cervicale gauche,

....//...

[illegible] sans signes d'accompagnement [illegible] à noter cependant. Cette adénopathie est constituée d'un ganglion dans la région sterno-mastoïdienne, du volume d'un [illegible] fluctuant et d'un ganglion rétro-mandibulaire dur et douloureux à la palpation. La cuti-réaction positive depuis 1951 est pratiquée à nouveau et se révèle polyvalente. La formule sanguine et la numération globulaire montrent une leucopénie à 3.400 et une polynucléose à 80 %. Le niveau de sédimentation est normal et la radiographie pulmonaire montre l'intégrité du parenchyme pulmonaire et l'absence d'adénopathie médiastinale. La ponction ganglionnaire pratiquée à 3 reprises retire un pus où l'examen retrouve de nombreux polynucléaires altérés quelques lymphocytes et pas de B.K. La culture sur glucose montre l'absence de germes banals et la culture sur Loewenstein est négative. Après un traitement une semaine par la terramycine à la dose journalière d'un gramme 50, on observe une légère diminution de volume des ganglions et on pratique une série d'injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone à raison de deux injections de 25 mgr. par semaine pendant six semaines. Après 8 injections, le ganglion supérieur est passé du volume d'une noix à celui d'une noisette dure et indolore, le ganglion inférieur ne s'est pas modifié. Après 10 injections, le ganglion supérieur a pratiquement disparu, et le ganglion inférieur a nettement diminué de volume étant gros à peine comme une noisette. Le traitement est alors arrêté et la malade considérée comme guérie.

Observation n° 13.

Ro....Tonique.- Femme.-est vue à la consultation le 8 Juin 1954 et présente une adénopathie rétro-mandibulaire gauche, du volume d'une noix, dure et indolore, évoluant depuis une quinzaine de jours environ.
On note une certaine asthénie et un état sub-fébrile persistant depuis le début de l'affection. La cuti-réaction pratiquée à cette date étant douteuse on pratique une intra-dermo réaction à 50 unités qui se révèle positive. La vitesse de sédimentation est accélérée à 50-80, la radiographie pulmonaire est normale. La ponction ganglionnaire ne retire pas de pus et l'examen cytologique est celui d'une adénite inflammatoire

bunale, comportant 50 % de lymphocytes et 45 % de polynucléaires, le Diehl est négatif.
La malade est traitée par le P.A.S. et le rimifon aux doses habituelles par voie orale associée à la streptomycine par voie générale à la dose de 150 mgr. par jour pendant 4 jours, puis 100 mgr. par jour pendant la même durée.
Dès le quatrième jour on note une diminution de moitié du volume de la masse ganglionnaire et au huitième jour il ne persiste plus qu'un petit haricot dur, fibreux et indolore. On continue le traitement par les antibiotiques pendant 2 mois encore et la malade revue après ce laps de temps présente un état général florido et localement il ne persiste toujours qu'un petit noyau fibreux résiduel qui autorise à considérer la malade comme guérie.

Observation n° 14.

Mme...Chantal, 3 ans, est vue à la consultation le 9 Janvier 1955 et présente une adénopathie cervicale dilatérale prédominant dans la région sous-maxillaire droite où l'on retrouve un ganglion du volume d'une noix fistulisé, et au dessus de lui un ganglion gros comme une noisette, on retrouve à gauche un petit ganglion carotidien. Cette adénopathie s'est constituée rapidement en Octobre 1954, accompagnée d'une poussée fébrile à 38-39,5 et la cutiréaction pratiquée à cette date était positive (Cuti-réaction négative en Avril 1954)
La malade a alors été traitée en ville par le rimifon, puis par la pénicilline et la streptomycine (15 injections en tout), et a noté une série de 7 ponctions ganglionnaires avec injections locales de rimifon et de streptomycine. Ce traitement a abouti au début du mois de Décembre à la fistulisation du ganglion sous-maxillaire droit, et c'est alors que la malade est vue dans le service au début du mois de Janvier. On pratique alors une série d'injections intra-ganglionnaires d'hydrocortisone à raison de 2 injections par semaine (12 injections en tout), le traitement général par le rimifon étant poursuivi. Dès la troisième injection, on note une diminution sensible du volume des ganglions et la fistule commence à cicatriser. Après 12 injections le ganglion principal est devenu gros comme un pois, dur et indolore, la fistule étant en voie de cicatrisation. Quinze jours après arrêt du traitement, la fistule est fermée, sèche et l'adénopathie n'est pas modifiée. La malade est revue le 20 février 1955 et on note la reprise d'un léger écoulement [illegible] le traitement

Observation n° 15.

Ga...Georges.- 8 ans.-est vu à la consultation le 14 Janvier 1956 pour une adénopathie cervicale droite évoluant depuis un mois environ. Cette adénopathie est en outre clinique le droite et l'examen retrouve quelques petits ganglions dans le long de la chaîne carotidienne.

La dernière cutti-réaction pratiquée au mois d'Octobre était négative et il faut noter qu'à cette époque le cousin du jeune malade avait présenté une adénopathie tuberculeuse de la région cervicale, traitée chirurgicalement.

La cutti-réaction pratiquée le 14 Janvier 1956 se révèle polycytémique et la ponction ganglionnaire ramène un pus dans lequel l'examen direct ne retrouve ni germes ni B.K. La vitesse de sédimentation est accélérée à 94-8 et la radiographie pulmonaire est normale, l'examen O.R.L. et stomatologique montrant l'absence de chancres d'inoculation bucco-pharyngés.

Le traitement mis en jeu dès le 27 Janvier 1956 comporte l'administration de rififon et de P.A.S sur deux mois et l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone à raison de 2 injections de 25 mgr par semaine. On note après les premières injections une petite diminution de volume du ganglion et après 12 injections le ganglion principal a disparu. Le traitement est arrêté et le malade revu un mois après ne présente aucune séquelle ganglionnaire ou cutanée et peut être considéré comme guéri.

RESULTATS ET DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Avant d'aborder la discussion théorique des observations que nous venons de rapporter, nous rappellerons à l'occasion de celles-ci que la positivité des réactions tuberculiniques est de règle dans la tuberculose ganglionnaire, que l'erreur clinique et radiologique pulmonaire existe dans la quasi-totalité des cas l'intégrité parenchymateuse du poumon, que le diagnostic pourra souvent être confirmé par les données de la ponction ganglionnaire soit par la présence de bacilles de Koch, soit par l'aspect de l'adénogramme dans certains cas.

L'appréciation des résultats est difficile à établir les critères de guérison étant basés avant tout sur l'évolution locale des lésions ganglionnaires. On peut parler de guérison devant la constitution d'un ganglion résiduel fibreux, mobile, isolore, voire même devant la disparition complète du ganglion initial ce qui est beaucoup plus rare.

Ces résultats valables pour un ganglion traité initialement ne se font plus sur le plan général de l'affection lorsque après un délai plus ou moins long après le commencement du traitement, on assiste à l'apparition d'une poussée adénopathique atteignant un autre groupe ganglionnaire, ou, chez nos malades plus souvent à une hypervalence

peut se présenter au cours du traitement par la cortisone. On pourra parler d'amélioration devant la diminution de volume du ganglion initial, la disparition des phénomènes de péri-adénite, ou des lésions de fistulisation. Dans ces conditions, il nous est permis de considérer 10 sur 15 de nos malades comme guéris. Les 5 malades restant ont été améliorés par le traitement ou ne peuvent être considérés comme guéris en raison de l'apparition d'une nouvelle adénopathie trop récemment traitée pour que nous puissions juger du résultat obtenu.

Dans la discussion thérapeutique des observations, nous diviserons celles-ci en trois groupes selon que le traitement appliqué aura été l'hydrocortisone employée seule en injection, la cortisone par voie générale et, enfin, l'association des deux méthodes.

Le traitement par l'hydrocortisone en injection intra-ganglionnaire appliqué selon les modalités exposées précédemment, a été réservé aux formes pauci-ganglionnaires comportant un à deux ganglions se présentant soit au stade de ramollissement (observations n° 1-2-15 et 18) soit au stade de fistulisation (observations n° 8-10 et 14). Les injections pratiquées au nombre total de 10 environ en moyenne à raison de 2 ou 3 par semaine font que le traitement local s'est échelonné entre 3 et 5 semaines, durée relativement brève, si on le compare à celle des autres méthodes thérapeutiques. La tolérance a été parfaite avec tous les malades aucun accident local

ou général s'étant à rapporter et nous insistons encore ici sur l'importance de de l'asepsie avec laquelle doivent être pratiquées les injections. Dans les formes non fistulisées on peut observer dans la plupart des cas une diminution rapide du volume de l'adénopathie dès les premières injections et une modification nette de la consistance du ganglion qui devient dur et libre. Dans certains cas cette évolution a fait discuter l'intérêt d'une extrême chirurgicale du ganglion résiduel pour éviter une récidive possible. Sur le plan cutané, l'abcès d'injection du produit se donne lieu le plus souvent qu'à une petite cicatrice punctiforme qui disparait par la suite.

Dans les formes fistulisées, on associe au traitement par l'hydrocortisone l'application de la pommade à l'hydrocortisone sur la fistule ou l'adénopathie cutanée, et on observe l'arrêt rapide de l'écoulement, un assèchement de la fistule qui s'obliture en laissant une cicatrice souple, non hypertrophique. L'effet de la pommade à l'hydrocortisone a été particulièrement net dans l'observation n° 9, la fistule n'ayant été traitée que par celle-ci. Dans l'ensemble des 8 cas traités, le résultat peut être considéré comme très favorable, tant par sa rapidité que par son efficacité (4 guérisons complètes.)

L'apparition d'un petit ganglion au-dessus du premier initialement traité avec plein succès dans l'observation n° 5, n'a pas permis de parler de guérison complète dans

2d Cas.

La cortisone injectée par voie générale, sous-jacente des antibiotiques spécifiques, a été appliquée à trois de nos malades (observations n° 3-4 et 13) présentant des adénopathies au stade de crudité clinique, dans un des cas une polymacroadénopathie étendue à toutes les aires ganglionnaires (observation n° 4).

Donnée, avec les précautions d'usage, à la dose moyenne de 100 mgr. par jour pendant une durée moyenne de 15 jours, la cortisone n'a donné lieu à aucun trouble, ni général ni local. La réaction de l'affection au traitement a été particulièrement spectaculaire dans deux cas (N° 3 et n° 13), le volume initial du ganglion ayant diminué de moitié après administration de 300 milligrammes de cortisone, pour aboutir en fin de traitement à un petit noyau fibreux résiduel dont les caractères restaient inchangés trois mois après l'arrêt du traitement. Cette amélioration se traduit également sur le plan biologique en particulier par la vitesse de sédimentation qui est devenue normale après une semaine de traitement. La rapidité d'action de la cortisone a pu être notée dans l'observation n° 4, où le malade atteint de polyadénopathie diffuse, a vu diminuer de façon considérable le volume des adénopathies cervicales en particulier, le cou ayant diminué de 3 cm dans ce laps de temps.

L'action de la cortisone dans le cas de ces adénopathies

au stade de crudité clinique semble donc être particulièrement intéressante par la courte durée du traitement et par l'absence de toute manoeuvre entraînant des lésions cutanées au niveau des masses ganglionnaires.

L'association des voies d'administration locale et générale a du être réalisée dans quatre cas.

Dans l'un des cas(observation n° 4),l'hydrocortisone n'a été employée que pour consolider les résultats obtenus par la cortisone.

Dans deux autres cas (observations n° 5 et 7),l'association des deux voies d'administration a été commandée par l'évolution vers la fistulisation de certains ganglions et par la coexistence d'adénopathies multiples, apparues parfois au cours du traitement ou après arrêt de celui-ci.

La cortisone ne semble pas en effet mettre à l'abri de récidives,ou plus exactement de nouvelles poussées dans un autre territoire ganglionnaire,mais il faut remarquer dans ce cas que la reprise du traitement cortisonique freine l'évolution des nouveaux ganglions dont le volume reste souvent modéré.

Dans ce dernier groupe d'observations,l'action du traitement a été moins démonstrative que dans les groupes précédents,l'évolution se faisant par poussées successives apparaissant après arrêt du traitement et obligeant à de nouvelles cures,mais on ne peut cependant

peu considérer que ces cas traduisent une aggravation de la maladie,car les nouvelles poussées s'accompagnent jusque à la fistulisation étendue et multiple,sans l'élévation excessive que l'on rencontre dans les cas aggravés par les antibiotiques et,de plus,l'état général des lors ces poussées,ne présente jamais d'altération grave.

RESUME EN CONCLUSION

Le traitement de la tuberculose ganglionnaire externe offre, comme nous venons de le voir, de multiples ressources thérapeutiques, multiplicité qui porte en elle-même la preuve d'une relative et inconstante efficacité qui ne rend que plus difficile le choix de la thérapeutique.

Le traitement médical proprement dit, se [illegible] des cures d'hygiène et de diététique, trouve peu d'indications, vis à vis de la sélicothérapie et le traitement qui constituent, du reste aujourd'hui, plus un appoint qu'une méthode thérapeutique. Certaines médications, telle l'ypérite à l'azote, sont d'un maniement trop délicat pour rester dans la pratique courante.

Le traitement physicothérapique comprenant essentiellement la Roentgenthérapie associé ou non aux rayons ultra-violets, ne pourra être conseillée qu'avec la certitude d'une application respectant les règles de la sécurité [illegible] rapprochée et [illegible], et réservée aux adénites de constitution récente et d'évolution torpide.

Le traitement chirurgical [illegible] étendues, mais sera conseillé plutôt dans les formes mono ou pauci-ganglionnaires, bien limitées, au stade de

crudité clinique, l'évrème étant pratiquée sous couvert des antibiotiques spécifiques et sans drainage post-opératoire. Seule une infection caractérisée des amygdales et des adénoïdes sera une indication à l'amygdalectomie ou l'adénoïdectomie avant l'évrème ganglionnaire.

Le traitement par les antibiotiques spécifiques ne peut pas appliqué systématiquement, tant en raison de l'inefficacité de son action que de la possibilité d'aggravation de l'affection, surtout, semble-t-il, sous l'effet de l'association streptomycine-rimifon. On réservera leur emploi aux formes malignes et infectantes où l'atteinte générale prime l'atteinte locale, aux formes prolongées d'allure rebelle, aux formes polyganglionnaires et multifistuleuses.

L'emploi de la cortisone et de l'ACTH a fait aussi l'objet de nombreuses études plus spécialement d'après quelques observations, et peut apporter un appoint important dans le traitement de l'adénite tuberculeuse. Tous les stades de l'affection semblent en effet modifiés de manière favorable, celui-ci variant selon le stade envisagé. A la période de crudité, on préférera l'emploi de la cortisone par voie générale à des doses moyennes de 50 à 100 milligrammes par jour, moyennant bien les précautions d'usage. Au stade de ramollissement et de fluctuation, une évacuation

au curettage ganglionnaire est pratiquée après incision et vacuumotyle,suivie de l'injection intra-ganglionnaire d'hydrocortisone en solution à la dose moyenne de 50 milligrammes,deux à trois fois par semaine.Au stade de fistulisation,la pommade à l'hydrocortisone accélère la guérison locale.

Le traitement ainsi conduit et associé le plus souvent aux antibiotiques spécifiques par voie générale,a donné lieu à une guérison clinique complète et paraissant stable dans II cas sur 15. La guérison s'affirme sur le plan ganglionnaire par la présence d'un petit noyau résiduel,fibreux,dur et indolore et sur le plan cutané par l'absence de cicatrices inesthétiques,les fistules elles-mêmes cicatrisent de façon favorable.

D'autre part,le traitement est rapide,d'une durée moyenne de trois à cinq semaines,et n'a donné lieu à aucune intolérance ni à aucun accident. Nous insistons encore à ce sujet sur l'importance de la surveillance médicale au cours du traitement tant local que général.

Enfin,dans les cas qui semblent ne pas avoir abouti à la guérison,il faut noter qu'une amélioration sensible de l'état local ganglionnaire et cutané a été observée,et que,si des poussées évolutives se sont produites après arrêt du traitement,ce fut toujours sur un mode discret

et réagissant bien au même traitement cortisonique.
La cortisone et l'hydrocortisone semblent donc présenter une action efficace, rapide, sans risques notables dans certaines modalités d'application, qui justifie leur emploi dans le traitement de la tuberculose ganglionnaire externe.

Paris, le 18 Avril 1955.

DOCTEUR Julien MARIE
Professeur

Vu le doyen :
signé : L. Binet.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de Paris :
signé : illisible

BIBLIOGRAPHIE

Généralités et traitements classiques.

A. Dufour et J.Kruh.- Traité de physiologie clinique.
Edition Vigot frères.1953.

Delon et Ramon .- Biologie de la tuberculose initiale.
Revue du Praticien.1952.2.32.p.2121.

A.Brenel.- Adénopathies cervicales tuberculeuses.
Gazette médicale de France.1953.2 Janvier.P.1[illegible]

A.Richard.- Adénopathies cervicales tuberculeuses.
Revue de tuberculose.I.IV.Mai.Juin 1941
p.242-301.

Gl Chodfel.- Traitement des adénites tuberculeuses.
Bulletin médical.Décembre 1952.

H.Bailey.- Tuberculous cervical adenitis
The Lancet.Février 1948.p.313.

J.Rose.- Tuberculous disease of the cervical lymph [illegible]
Edimburgh Med.J. LV.Avril 1953.p.184.

Swanson and Small.- Tuberculosis of cervical lymph nodes
Pediatries 10 n°2 Août 1952.

Dowd C.N.- Tuberculosis of cervical lymphatics.
IAMA.67.499.-1918.

Gaté.Mayoux.- Adénopathies tub.chez l'adulte jeune et
primo-infect.pharyngée.
Journal Médecine Lyon.5 Juillet 1943.p.370.

H.Vetter.- Schwezerische medizinischewochenschrift
Bâle 84.8 (20/2/1954.p.237.260.)
Tub.des amygdales et lymphones tub.du cou.

P.Barthelemy.- Etude comparative de l'action de la
physiothérapie et de la radiologie dans
le traitement de l'adénite tub.
Dipl.Radiol.1951.

J.Belot.-F.Lepennetier.- Traitement des adénopathies tub.
par les agents physiques
Rev.Actinologie IV p.113.-1928

A.J.Bonan.- Roentgentherapie et U.V dans la tub.ssl.
Thèse Paris I943 n° 3?3.

F.Lepennetier.- Place de la roentgenthérapie dans le trait.des adénites cerv.tub.
Revue med.fr. XXIII Juillet I942 p.I79-I90.

[illegible].Nelsant.- Les rayons U.V dans le trait.des adénites tub.
Thèse Paris I926.

J.Jacqs.C.F.Ghest.- Roentgentherapie conservatrice dans la lymphadenie tub.cervicale.
Am.Journ.med.Sc. CXVII.Juin I949 p.632-636.

P.Chevallier.- Quelques maladies du sang traitées par le gaz moutarde.
Le Sang n°2 -I948.

J.Besançon.- Les ypérites à l'azote en thérapeutique.
Les medicat.du jour. I949.

J.Alexandrowicz.- Curative properties of nitrogen mustard
Le Sang I950. n° 4.

Les antibiotiques

J.Sallard.- Traitement des adénites tub.par l'huile de Chaulmoogra.
Thèse Paris I952 n° I088.

Aerer.- Indicat.resultats et accid.de la streptomycine.
Presse médicale 5.I2.I947.

G.Maini.- Tr.local de la lymphodenite tub.par la streptomycin Abstracts of world med. I952, I2.8 p.4[illegible]

Chibneff.-Tr.des adénites tub.par la strepto locale.
Thèse Paris I95I n° 588.

A.Jevriaesen.- Emploi de la trepto dans le tub.ganglionnaire de l'enfant.
Acta Tub.Belgic.I952. 43.p.37I-376.

Imbert.Chevallier.Bernardin.- Possibilités et limites du trait.des ad.tub.par les antibiotiques.
Journal medic.de Lyon.3/54

P.Blot.- Action comparative des divers trait.des adenit. de l'adulte.
Thèse Paris I953 n° 992.

Die Medizinische I954 38 p.I277-I280. Tr;de la tub.gsl. superfic.par l'INH.

A.Dauphenry.- INH et sédonopathie- tub.Tr.local Concours médical I953.43 p.3552.

Morris and Posner Evans.- Tr.of tub.cervical [illegible] with para-amino-sal-ac. The Lancet I95I 260 p.6666.

La cortisone

Turial.- ACTH et cortisone dans la tuberculose. Suppl.REv.Praticien I95I 8 p.I33-I37.

A.W.Capon.- ACTH et cortisone dans la tub. Canada med.assoc. I952.67/I p.46.

P.Freour et Coll.- ACTH et cortisone ont-elles un rôle à jouer dans le trait.de la tub. J.de Med.de Bordeaux et S.O Oct.I954

J.Baudot-J.Arlet.-Cortisone ACTH et tuberculose. Rev.de rhumato. I953 8/9.p. 600-6I7

Conte.P.Bourgeois et Coll.- Action cortisone et ACTH dans la tub.exp. Rev.tub. I5 I95I p.698.

" " " " " " " .- Action cortisone et ACTH Rev.tub.I952.I6 p. 9I9.

Vic Dupont.- ACTH et cortisone chez les tuberculeux Sc.fr.de tub. I2.6.I954

Spain and Molonat.- Effects of cortisone in the devlppt. of tub.lesions in guinea pigs Am.REv.of.tub. 67.337 I950

Lemaistre et Dupsett.- Evolution des lésions tub.des cobayes avec ACTH et cortisone. Am.rev.of tub.I95I 64 3 p.295

Winner Evans.- Exp.tub.in cortisone treated guinea pigs Tubercule. I952 33 p.239-242

Sheldon.Cummings.Evans.- Proceed of the soc.for exp.biol. and thérap. I950.75 p.6I6

Imbert.Chevallier.- Traitement des ganglions tub.pour le

Réunion lyonnaise de Pédiatrie.I2/I2/I953

Sors.-Trocmé.- Traitement des tub.séreuses par ACTH et cortisone.
Rev.tub. I954 n° 6.p.522.

M.Pestel -A.Ravina.- La part des processus inflammatoires non spécifiques dans l'évolut. des lés. tub.
Pr.méd. I9 Mai I954

J.D.Romani.- Contribution à l'étude de l'action des corticoïdes anti-phlogistiques dans la dynamique des processus inflammatoires.
Semaine H.P 26 Mai I954 p. 2I43

Spain-Molomut-Haber.- Effect of cortisone on the formation of granulat tissue on mice.
Am.J.of Path.I950 26 p.7I0

Taubenhaus.- Further studies of the hormonal regulation of granulat tissue formation.
Acta edit(Montréal) I953 p.97

Fontan et Coll.- Erythèmes noueux traités par la cortisone
Journal médic.Bordeaux.I2/I2 I954.p.I389